

ESTRATEGIAS DE REGULACIÓN EMOCIONAL Y PSICOPATOLOGÍA DE LA DEPRESIÓN Y LA ANSIEDAD

Máster Universitario en Psicología General Sanitaria
Curso 2019-2020

Trabajo final de máster
Convocatoria: Febrero



Alba Sebastián Tirado

DNI 20484590-P

Tutora: Azucena García Palacios

Resumen

Un gran número de investigaciones ponen de manifiesto que las dificultades en los procesos de regulación emocional tienen un papel esencial en el desarrollo y mantenimiento de numerosos trastornos psicológicos, entre ellos, los trastornos de ansiedad y depresión. Actualmente, existe un amplio interés en comprender cómo el uso de diferentes estrategias de regulación emocional se relaciona con estos trastornos. A este respecto, se ha encontrado que algunas estrategias tienen asociaciones negativas con la psicopatología (adaptativas), mientras otras tienen vínculos positivos (desadaptativas). Nuestro objetivo en este trabajo ha sido realizar una revisión narrativa sobre las estrategias de regulación emocional y su papel en la psicopatología de la depresión y la ansiedad. Para ello realizamos una búsqueda en bases de datos y organizamos los estudios encontrados en dos apartados: por un lado, aquellos que examinaban la relación entre el uso habitual de estrategias y síntomas de depresión y ansiedad a través de medidas de autoinforme y, por otro, aquellos centrados en los efectos de las estrategias sobre los síntomas a través de la evaluación del uso espontáneo o instruido de cada estrategia. Tomados en conjunto, los estudios revisados aportan datos que contribuyen a destacar la importancia de la aplicación flexible de las estrategias de regulación emocional. Será necesario llevar a cabo más estudios que permitan ampliar los conocimientos actuales sobre la interacción entre grupos amplios de estrategias de regulación, así como estudios que exploren de forma más detallada la selección, implementación e interacción de las estrategias y sus efectos en distintos contextos.

Palabras clave: regulación emocional; estrategias de regulación emocional; psicopatología; depresión; ansiedad.

Abstract

A large number of investigations show that difficulties in emotional regulation processes have an essential role in the development and maintenance of various psychological disorders, including anxiety and depression disorders. Currently, there is a broad interest in understanding how the use of different emotional regulation strategies is related to these disorders. In this regard, some strategies have been found to have negative associations with psychopathology (adaptive), while others have positive links (maladaptive). Our objective in this work has been carried out a narrative review about emotional regulation strategies and their role in the psychopathology of depression and anxiety. For this, we conducted a search in databases and organized the studies found in

two sections: on the one hand, those that examine the relationship between the usual use of strategies and depression and anxiety symptoms through self-report measures and, on the other hand, those studies focused on the effects of strategies on the symptoms through the evaluation of the spontaneous or instructed use of each strategy. Taken together, the studies reviewed provide data that highlight the importance of the flexible application of emotional regulation strategies. It will be necessary to carry out a more detailed study that expands current knowledge about the interaction between broad groups of regulatory strategies, as well as studies that explore in detail the selection, implementation and interaction of strategies and their effects on different contexts.

Key words: emotion regulation; emotion regulation strategies; psychopathology; depression; anxiety.

Introducción

Regulación emocional

En los últimos 20 años el interés por entender la relación entre la regulación emocional y la psicopatología ha crecido enormemente (ej. Aldao y Nolen-Hoeksema, 2010; Gross y Jazaieri, 2014) y, más concretamente, el interés por entender cómo el uso de diferentes estrategias de regulación emocional está relacionado con diferentes aspectos de la salud mental (Plate, Aldao, Quintero y Mennin, 2016).

Antes de entrar de lleno en la cuestión de la regulación emocional, resulta imprescindible hacer una breve referencia al concepto de emoción. En la actualidad, todavía resulta difícil establecer una definición consensuada acerca de la emoción. Esto es así porque, como apunta Gross (2015), las definiciones varían en función del enfoque utilizado; Aun así, es posible resaltar tres aspectos comunes a todos ellos. En primer lugar, existe consenso acerca de que las emociones conllevan cambios en tres niveles de respuesta, esto es, a nivel conductual, a nivel fisiológico y a nivel subjetivo. A nivel conductual, autores como Lang (1995), definen las emociones como disposiciones a la acción, que incluyen, entre otros, cambios a nivel facial o postural (Ekman et al., 1987). Otros autores ponen el foco en la experiencia subjetiva (Barrett, Mesquita, Ochsner y Gross, 2007), mientras que algunos hacen hincapié en los cambios autonómicos y neuroendocrinos que, o bien anteceden o bien se producen como consecuencia de la actividad somática relacionada con las emociones (Lang y Bradley, 2010). En segundo lugar, otro aspecto en el que existe acuerdo tiene que ver con que la emoción se desarrolla a lo largo del tiempo, generalmente durante segundos o minutos (Zelazo y Cunningham, 2007). Por último, hay acuerdo en que dependiendo del contexto, las emociones pueden ser útiles o perjudiciales. En este sentido, las emociones son útiles cuando, por ejemplo, nos informan sobre las intenciones del comportamiento de los demás o cuando motivan conductas socialmente adaptativas. Por el contrario, son perjudiciales cuando su intensidad, duración o frecuencia no se ajustan a la situación, produciendo un sesgo en nuestros comportamientos y pensamientos (Gross y Jazaieri, 2014).

Estos aspectos compartidos por distintos investigadores (ej. Gross, 1998, Barrett, Ochsner y Gross, 2007), han permitido hablar de un modelo modal de la emoción que especifica la secuencia de procesos involucrados en la generación de la misma (Gross, 1998). Desde este modelo se explica que la forma en que las personas evalúan los eventos, tanto externos como internos, influye en el impacto que tienen estos eventos en ellas. De

esta forma, las emociones surgen cuando la persona interpreta una situación como una oportunidad o un desafío, activándose en ese momento un programa cuya naturaleza depende de cómo se ha evaluado la situación, es decir, de cuál es el significado personal que se le da (Lazarus, 1991). El conjunto de tendencias de respuesta que se ponen en marcha implica a los sistemas comportamental, fisiológico y subjetivo, permitiendo al individuo responder de manera adaptativa (Ekman, 1992). Una vez han surgido las tendencias de respuesta, éstas pueden ser moduladas antes de ser expresadas a nivel conductual o a través de un cambio fisiológico (Gross y Muñoz, 1995), y es precisamente esta modulación, la que determina la forma final de la respuesta emocional (Gross, 1998).

En líneas anteriores se ha hecho referencia el papel adaptativo de las emociones, señalando que éstas aportan información sobre las intenciones del comportamiento de los demás. De igual forma, las emociones también permiten dirigir la atención hacia aquellos aspectos importantes del ambiente, iniciar respuestas comportamentales, y mejorar la toma de decisiones así como la memoria episódica (Gross, 2015). Sin embargo, en ocasiones, las emociones pueden ser disfuncionales, sobretodo cuando su intensidad, duración o frecuencia no se ajustan a una situación concreta. Es precisamente este segundo aspecto el que lleva a pensar en la importancia de la regulación de las emociones (Gross, 1999).

Aunque la investigación sobre la regulación emocional como un campo de estudio independiente ha crecido de forma exponencial en los últimos treinta años (Gross, 2015), el interés sobre esta cuestión es anterior. El psicoanálisis ya se refirió al concepto de regulación en el estudio de la ansiedad, particularmente en su modelo estructural, desde el que las “defensas del ego” eran vistas como procesos, normalmente inconscientes, reguladores de la ansiedad (Gross, 1999). Otro precursor importante en el estudio de la regulación emocional lo representó la tradición del estrés y el afrontamiento. Desde este enfoque se definió la capacidad de afrontamiento como aquellos “esfuerzos cognitivos y conductuales dirigidos a dominar, reducir o tolerar una relación persona-ambiente problemática” (Folkman y Lazarus, 1985, p. 152 en Gross, 1999). Asimismo, se distinguió entre afrontamiento centrado en el problema y afrontamiento centrado en la emoción, dirigido a disminuir la experiencia de emoción negativa. Este último tipo fue el que sentó las bases para el estudio de la regulación de las emociones (Gross, 1999). Las primeras contribuciones al estudio de la regulación emocional como disciplina independiente surgieron desde la psicología del desarrollo, que fue rápidamente seguida de un crecimiento de la investigación en el área adulta (Tamir, 2011).

En años más recientes, la investigación en este campo ha seguido interesada en el estudio de la reducción de la experiencia emocional negativa, si bien ha ampliado el foco hacia las formas en que los individuos aumentan y disminuyen la experiencia y la expresión de un rango de emociones tanto negativas como positivas (Gross, 1999).

Una de las definiciones más aceptadas en la actualidad sobre regulación emocional es la que propone Gross (1998). Este autor define la regulación emocional como los procesos que las personas ponen en marcha para tratar de influir sobre qué emociones tienen, cuándo las tienen, cómo las experimentan y cómo las expresan (Gross, 1998).

Según Gross (2015), se puede hablar de tres características principales compartidas por los distintos tipos de regulación emocional. En primer lugar, la activación de un objetivo regulador, es decir, aquello que las personas tratan de conseguir mediante la regulación emocional. Esta regulación puede ir dirigida a uno mismo o a otra persona; en el primer caso se trataría de una regulación emocional intrínseca, mientras que en el segundo, de una regulación emocional extrínseca. Generalmente, cuando las personas tratan de regular sus emociones, dirigen sus esfuerzos a reducir las emociones negativas (por ejemplo, disminuir su intensidad o duración), e incrementar sus emociones positivas (por ejemplo, aumentar su intensidad o duración). Otra característica importante de la regulación emocional son las estrategias que se ponen en marcha para conseguir ese objetivo. La naturaleza de estos procesos o estrategias es variada, de forma que algunos son explícitos, conscientes y controlados, mientras que otros son implícitos, inconscientes y automáticos. Por último, la modulación de la trayectoria emocional, es decir, el impacto que tiene la regulación en distintos parámetros de la respuesta emocional como, por ejemplo, la latencia, la magnitud o la duración, en comparación con la respuesta emocional en ausencia de regulación.

Diferentes autores han tratado de conceptualizar la forma en que las personas regulan sus emociones (Koole, 2009; Larsen, 2000; Parkinson y Totterdell, 1999; Gross, 1998; Thayer, Newman y McClain, 1994). Thayer, Newman y McClain (1994), proponen seis estrategias generales dirigidas a cambiar el afecto negativo; éstas son la gestión activa del estado de ánimo; la búsqueda de actividades placenteras y la distracción; la gestión pasiva del estado de ánimo; el apoyo social, la ventilación y la gratificación; la reducción directa de la tensión y la evitación. Parkinson y Totterdell (1999), plantean una clasificación con cuatro clusters generales basados en la distinción entre estrategias conductuales y estrategias cognitivas. Los cuatro grupos de estrategias que proponen son la evitación, la distracción, la confrontación y la aceptación. Por su parte, Larsen (2000), propone una

clasificación de las estrategias para regular el afecto negativo basada en dos dimensiones; una dimensión que diferencia entre estrategias cognitivas y conductuales, y otra referida a estrategias centradas en la situación o en el estado de ánimo. Así, dentro del grupo de estrategias conductuales centradas en la situación se encuentran la acción dirigida al problema, hacer planes para el futuro, hablar con un amigo, esforzarse y la evitación. Dentro de las estrategias cognitivas centradas en la situación se encuentran la reinterpretación de la situación, pensar en otras áreas en las que se ha tenido éxito en la vida, la comparación social, rezar y el derrotismo. En cuanto a las estrategias de regulación focalizadas en el estado de ánimo, dentro del grupo de estrategias conductuales se encuentran la distracción, ayudar a otros, la búsqueda de placer o refuerzo, la socialización, la ventilación, la supresión, el ejercicio físico y la ingesta de sustancias como cafeína o alcohol. Por último, en relación con las estrategias cognitivas focalizadas en el estado de ánimo, se encuentran la relajación, la actitud estoica, la fantasía, el pensamiento hacia el futuro, el esfuerzo activo por olvidar e intelectualizar.

Otra forma alternativa de clasificar las estrategias de regulación emocional es la que propone Koole (2009). Este autor plantea una clasificación de las estrategias en base al sistema de respuesta de la emoción al que van dirigidas y a la función que desempeñan. Así, por un lado, los tres sistemas de respuesta a los que va dirigida la regulación emocional son: la atención, el conocimiento cognitivo relevante para la emoción y las manifestaciones corporales de la emoción. Por otro lado, clasifica las estrategias en función de si están orientadas a la satisfacción de necesidades hedónicas, a la consecución de una meta o al mantenimiento del sistema de personalidad global. Las estrategias orientadas a la satisfacción de las necesidades hedónicas tienen, generalmente, el objetivo de minimizar las emociones negativas y maximizar las emociones positivas. A nivel atencional, dentro de este tipo de estrategias, se encuentra la desviación de la atención de la información negativa hacia la positiva. A nivel de conocimiento cognitivo pueden utilizarse sesgos interpretativos y, a nivel corporal o físico, la regulación emocional orientada a la necesidad puede producirse a través de actividades como comer o hacer ejercicio físico. Las estrategias de regulación emocional orientadas a una meta están impulsadas por un único objetivo; Dentro de este grupo de estrategias se encuentran la distracción, la reevaluación y, a nivel de la expresión corporal, los procesos de supresión expresiva, la exageración de respuestas y la ventilación. En general, dentro de este dominio, las estrategias cognitivas parecen ser más efectivas que las estrategias corporales. Por último, dentro de las estrategias de regulación emocional orientadas hacia

la persona, se encuentran la contrarregulación atencional, que busca dirigir la atención a la información de valencia opuesta al estado emocional actual de la persona; las actividades cognitivas dirigidas a la integración de las experiencias emocionales, como son la escritura expresiva o el acceso a memorias autobiográficas y, por último, a nivel corporal, las estrategias como la respiración controlada y la relajación muscular progresiva. Estas estrategias se asocian con beneficios a largo plazo, independientemente de si se enfocan en la atención, el conocimiento o el cuerpo (Koole, 2009).

El modelo del proceso de regulación emocional (Gross, 1998), es el más utilizado en la actualidad (Webb, Miles y Sheeran, 2012). Este modelo se basa en el modelo modal de la emoción comentado en líneas anteriores. Siguiendo este modelo, Gross (1998), propone que cada uno de los procesos involucrados en la generación de la emoción constituye un “punto potencial” de regulación, y habla de cinco puntos en los cuales los individuos pueden regular sus emociones. Estos cinco puntos representan a su vez cinco procesos de regulación emocional (Gross, 2015), los cuales se diferencian entre sí en el punto en que ejercen su impacto principal en el proceso de generación de la emoción (John y Gross, 2004).

A partir del modelo del proceso de regulación emocional, Gross (1998) distingue, pues, cinco procesos de regulación emocional; a saber: la selección de la situación, la modificación de la situación, el despliegue de la atención, el cambio cognitivo y la modulación de la respuesta. Estos procesos se pueden enmarcar dentro de dos grandes formas de regulación emocional: la regulación emocional centrada en el antecedente (antecedent-focused emotion regulation) y la regulación emocional centrada en la respuesta (response-focused emotion-regulation). La regulación emocional centrada en el antecedente hace referencia a aquello que podemos hacer antes de que comience una emoción y que influye en si finalmente ésta se produce o no. Esta forma de regulación puede conllevar una modificación del ambiente externo o interno o cambiar la forma en que son evaluados los estímulos relevantes para una determinada emoción. Por otro lado, la regulación de la emoción centrada en la respuesta hace referencia a la modulación que puede ejercer la persona sobre las tendencias de respuesta que ya se han generado (Gross y Muñoz, 1995). En este sentido, los procesos de selección y modificación de la situación, el despliegue de la atención y el cambio cognitivo son procesos de regulación emocional centrados en el antecedente, mientras que la modulación de la respuesta es un proceso de regulación emocional centrado en la respuesta (Gross, 1998).

La selección de la situación hace referencia al proceso de acercamiento o evitación de ciertas personas, lugares u objetos (Gross, 1998). Es un tipo de regulación que implica actuar de forma que aumente la probabilidad de que una situación genere emociones positivas o viceversa (Gross, 2015). La modificación de la situación se refiere a esfuerzos activos para modificar directamente una situación con el objetivo de alterar su impacto emocional (Gross, 1998). Es importante concretar, que aunque las situaciones pueden ser internas o externas, el significado que se le da aquí a la modificación de la situación tiene que ver únicamente con la modificación de situaciones externas, es decir, de entornos físicos (Gross, 2015). El despliegue de la atención tiene que ver con dirigir la atención hacia una situación dada con el objetivo de influir sobre las emociones de uno mismo (Gross, 2015). Se trata de un proceso que engloba distintas estrategias para cambiar el foco atencional. Una de estas estrategias es la distracción, la cual implica focalizar la atención en aspectos no emocionales de la situación o distanciarse de ésta totalmente (Gross, 1998). La distracción también implica cambiar el foco interno, sería el caso de centrarse en pensamientos o recuerdos que nos ayudan a tener un estado emocional concreto (Thiruchselvam, Hajcak y Gross, 2012). Otras estrategias para cambiar el foco atencional son la concentración, que hace referencia a la capacidad para absorber recursos cognitivos, y la rumiación, mediante la cual la persona dirige su atención hacia sus sentimientos y sus consecuencias (Gross, 1998). Por su parte, el cambio cognitivo consiste en modificar la evaluación que la persona hace de una situación con el objetivo de alterar su significado emocional; esto podría hacerse cambiando la forma en que uno piensa sobre la situación o sobre su capacidad para gestionar las demandas que se le presentan (Gross, 2015). El cambio cognitivo puede aplicarse tanto a situaciones externas como internas. La reevaluación es una forma de cambio cognitivo. Por último, la modulación de la respuesta tiene lugar después de que ya se hayan iniciado las tendencias de respuesta y se refiere a influir directamente sobre la respuesta emocional a nivel fisiológico, experiencial o comportamental. Una forma de disminuir el componente fisiológico de las emociones negativas puede ser el ejercicio físico, mientras que el alcohol o las drogas se pueden utilizar para modificar el componente subjetivo de la emoción (Gross, 2015). Una forma de modulación de la respuesta es la supresión expresiva, en la cual la persona trata de inhibir un comportamiento guiado por emociones negativas o positivas (Gross, 2015).

En la investigación sobre los procesos de regulación emocional, dos estrategias son las que han recibido un mayor interés: la reevaluación y la supresión. Como se ha

señalado en líneas anteriores, en la reevaluación la persona intenta cambiar la forma en la que piensa sobre una situación para alterar su impacto emocional, mientras que en la supresión la persona intenta inhibir un comportamiento cuando la respuesta emocional ya se ha generado. Según el modelo de Gross (1998), el aspecto diferencial más importante entre ambas es que la reevaluación pertenece a las estrategias de cambio cognitivo y, por tanto, es una estrategia centrada en el antecedente, mientras que la supresión pertenece a las estrategias de modulación de la respuesta y es, pues, un tipo de estrategia centrada en la respuesta. Este aspecto es importante porque mientras las estrategias centradas en el antecedente se refieren a aquello que hace la persona antes de que las tendencias de respuesta se hayan activado por completo, las estrategias centradas en la respuesta tienen lugar cuando las tendencias de respuesta ya se han generado (Gross, 2001). Esta diferencia entre ambas en cuanto al momento en que tienen su impacto principal en el proceso de generación de la emoción, implica que también producen distintos efectos o resultados a nivel afectivo, cognitivo y social. Este planteamiento lo desarrollan John y Gross (2004), a través de un conjunto de estudios experimentales a partir de los cuales aportan evidencia sobre diferencias entre ambas estrategias en estos tres ámbitos. Así, a nivel afectivo, la reevaluación produce una disminución tanto de la experiencia subjetiva como de la expresión de emociones negativas, sin producir un incremento de la activación fisiológica. La supresión, por su parte, disminuye la expresión de las emociones negativas pero no la experiencia subjetiva de las mismas, conllevando además un aumento de la respuesta fisiológica. Es importante resaltar, en este punto, que existe una diferencia entre lo que se observa en entornos experimentales frente a lo que se observa en la vida cotidiana. Mientras que en un entorno controlado, la supresión no disminuye ni aumenta la experiencia de emociones negativas a corto plazo, en la vida cotidiana la supresión puede servir para aumentar el afecto negativo a través de su vínculo con la falta de autenticidad. Esto se explicaría por el hecho de que las personas que utilizan la supresión experimentan una incongruencia entre aquello que expresan y aquello que experimentan. A nivel cognitivo, la supresión implica mayor consumo de recursos cognitivos ya que requiere monitorear de forma continua el evento emocional, afectando a la memoria para la información social presentada en el espacio de tiempo en el que el individuo está “ocupado” con la regulación emocional. Por tanto, a nivel social la persona fracasaría al intentar absorber la información necesaria para responder de manera apropiada a los demás, pudiendo parecer alejado de la situación. La reevaluación no requiere un esfuerzo

continuo de autorregulación durante el evento emocional, es decir, no presenta estos costes cognitivos y, por tanto, y no afectaría al funcionamiento social.

Koole (2009), también distingue entre reevaluación y supresión; A pesar de que ambas estrategias están orientadas a un objetivo, éstos son distintos, ya que la reevaluación se dirige al conocimiento relacionado con las emociones, mientras que la supresión expresiva se dirige a las respuestas corporales.

Psicopatología y regulación emocional

Las dificultades en los procesos de regulación emocional tienen un papel esencial en un importante número de trastornos psicológicos (Gross y Muñoz, 1995; Gross, 1998; Mennin y Farach, 2007; Aldao, Nolen-Hoeksema y Schweizer, 2010; Gross y Jazaieri, 2014). A pesar de que históricamente el papel de las emociones en la conceptualización y el tratamiento de la psicopatología en el adulto ha sido minimizado (Mennin y Farach, 2007), recientemente cada vez un mayor número de investigaciones han coincidido en encontrar diversos problemas de regulación emocional en la población clínica. Concretamente, estos problemas se han encontrado en personas con trastornos depresivos (Nolen-Hoeksema, Wisco y Lyubomirsky, 2008), en la mayoría de trastornos de ansiedad (Mennin, Holaway, Fresco, Moore y Heimberg, 2007) y en los trastornos de personalidad, especialmente en el trastorno límite de personalidad (Carpenter y Trull, 2013). Gross y Jazaieri (2014), señalan tres factores que contribuyen a la desregulación emocional: la identificación de la emoción y el contexto relevante, las metas que se persiguen con la regulación y la selección e implementación de estrategias de regulación emocional.

Las personas con problemas de regulación emocional pueden tener dificultades en la conciencia emocional y en el etiquetado de emociones, presentar errores en la utilización de estrategias específicas, poseer un repertorio limitado de estrategias o mostrar falta de flexibilidad en su uso (ej. Mennin et al., 2007). El déficit en conciencia emocional puede observarse en alteraciones como el trastorno de pánico, en el que la hipersensibilidad hacia los síntomas corporales junto con su evaluación negativa hace a la persona experimentar elevados niveles de ansiedad. Los problemas en la conciencia emocional también pueden manifestarse de forma opuesta, es el caso de la bulimia nerviosa. Las personas que sufren este trastorno parecen exhibir una falta de conciencia emocional que hace más probable el uso de estrategias de regulación poco efectivas como, por ejemplo, la supresión (Gross y Jazaieri, 2014).

Por lo que se refiere a las dificultades relacionadas con las metas de la regulación, un trastorno en el que se puede observar este déficit es el trastorno bipolar. Durante los episodios maníacos, la persona presenta un estado de ánimo eufórico y una falta de interés por regular su estado emocional. Este fracaso para regular a la baja el estado emocional puede ser debido a un fallo a la hora de predecir las posibles consecuencias negativas o bien a la incapacidad de tener en cuenta las consecuencias a largo plazo (Gross y Jazaieri, 2014). Las dificultades en la selección y en la implementación pueden observarse en la agorafobia y en el TDAH respectivamente (Gross y Jazaieri, 2014).

Existe evidencia que sugiere que el grado de relación entre las estrategias de regulación emocional y la psicopatología depende de si estas estrategias son adaptativas o desadaptativas. En concreto, las estrategias de regulación emocional desadaptativas como la rumiación, la evitación y la supresión se relacionan con mayor psicopatología, frente a las estrategias adaptativas como la aceptación, la reevaluación y la solución de problemas (Aldao y Nolen-Hoeksema, 2010; Aldao, Nolen-Hoeksema y Schweizer, 2010).

Por lo que respecta a la relación entre la regulación emocional y los trastornos de ansiedad, la mayor parte de trabajos hasta la fecha se han dirigido al estudio de las estrategias de regulación emocional para disminuir las emociones negativas (ej. Campbell-Sills, Barlow, Brown y Hofmann, 2006). En cuanto a la regulación emocional en los trastornos depresivos, la investigación en este área relaciona estos trastornos con el uso de estrategias de regulación desadaptativas así como con dificultades en la implementación de las mismas (Joormann y Siemer, 2015).

Los trastornos emocionales (trastornos de ansiedad y del estado de ánimo) se encuentran entre los problemas mentales más frecuentes. Según datos del Estudio Europeo de la Epidemiología de los Trastornos Mentales (Haro et al., 2006), el 19,46% de los españoles ha presentado alguna vez en la vida un trastorno mental, siendo los más frecuentes los del estado de ánimo (11.47%) y los de ansiedad (9.39%). Las emociones negativas excesivas y persistentes, que caracterizan en parte estos trastornos, sugieren que las dificultades en la regulación emocional pueden estar jugando un papel importante en su desarrollo y mantenimiento. La investigación sobre las consecuencias subjetivas, comportamentales y fisiológicas de las estrategias de RE tiene, por tanto, una relevancia crucial en estos trastornos (Campbell-Sills et al., 2006).

Nuestro objetivo en este trabajo es realizar una revisión narrativa sobre las estrategias de regulación emocional y su papel en la psicopatología de los trastornos emocionales.

Procedimiento

Las bases de datos utilizadas en el presente trabajo han sido Pubmed y PsycINFO. Las palabras clave empleadas han sido *emotion*, *regulation*, *strategies*, *anxiety* y *depression*. En la base de datos Pubmed las palabras clave se buscaron en el campo de título/resumen, mientras que en la base de datos PsycINFO se buscaron en el campo de resumen. Los criterios de inclusión en ambas búsquedas se limitaron a trabajos publicados entre los años 2009 y 2019, a artículos publicados tanto en inglés como en español y a muestras con adultos. Los criterios de exclusión fueron que se tratara de revisiones teóricas o meta-análisis y de artículos sólo accesibles al resumen. La Figura 1 muestra el proceso de búsqueda con más detalle.

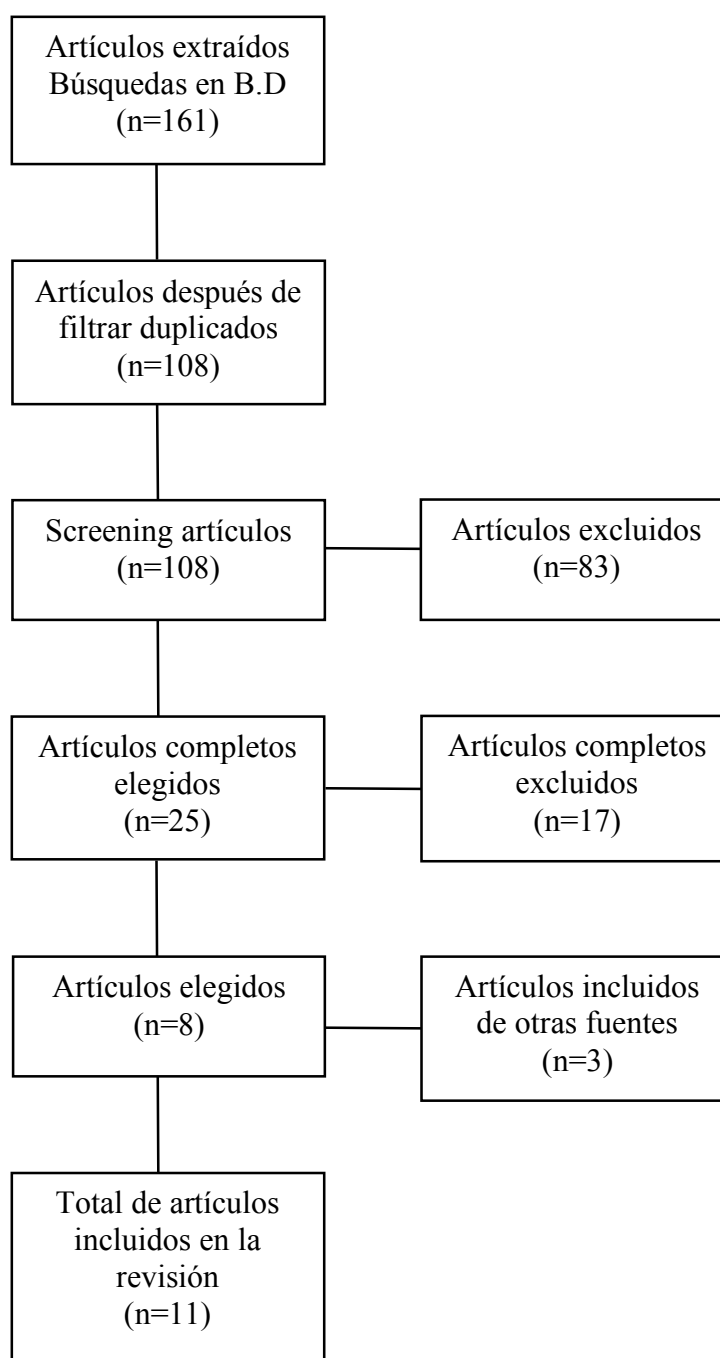


Fig. 1 Diagrama de flujo de selección de estudios

Estrategias de regulación emocional en los trastornos emocionales

La literatura existente sobre las estrategias de regulación emocional y su papel en los trastornos de ansiedad y depresión es extensa y engloba estudios de distinta naturaleza. Con el objetivo de organizar los diferentes hallazgos, a continuación se exponen los estudios incluidos en el presente trabajo divididos en dos apartados: por un lado aquellos

que examinan la relación entre el uso habitual de estrategias y síntomas de depresión y ansiedad a través de medidas de autoinforme y, por otro, aquellos centrados en los efectos de las estrategias sobre el estado de ánimo y los síntomas de ansiedad a través de estudios de laboratorio que miden el uso espontáneo o instruido de cada estrategia.

Relación entre estrategias adaptativas y desadaptativas y síntomas de ansiedad y depresión

En un estudio de Aldao y Nolen-Hoeksema (2010), las autoras examinan la relación entre cuatro estrategias cognitivas de regulación emocional (rumiación, supresión, reevaluación, solución de problemas) y síntomas de depresión, ansiedad y trastornos alimentarios, en una muestra de 252 estudiantes con una edad media de 18,44 años. Las medidas de regulación emocional utilizadas en el estudio fueron la subescala de solución de problemas del COPE (Carver, Scheier y Weintraub, 1989), el Cuestionario de Regulación Emocional (ERQ; Gross y John, 2003), las subescalas *Pondering* y *Brooding* de la Escala de Respuesta Rumiativa (RRS; Treynor, Gonzalez y Nolen-Hoeksema, 2003) y el *White Bear Suppression Inventory* (WBSI; Wegner y Zanakos, 1994). Como medidas de los síntomas psicopatológicos utilizaron las subescalas de *Anxious Arousal* (AA) y *Anhedonic Depression* (AD) del Cuestionario de Síntomas del Estado de Ánimo y de Ansiedad (MASQ-SF; Watson y Clark, 1991) y el Cuestionario de Trastornos Alimentarios (Fairburn y Beglin, 1995).

Los resultados muestran que las estrategias desadaptativas como la rumiación y la supresión, en comparación con las estrategias adaptativas (reevaluación y resolución de problemas), se asocian con mayor psicopatología. Concretamente, los resultados de las correlaciones bivariadas mostraron una asociación negativa y significativa de la reevaluación con los síntomas de ansiedad ($-.20, p<.01$) y con los síntomas depresivos ($-.32, p<.01$), al igual que la solución de problemas, tanto para los síntomas de ansiedad ($-.17, p<.01$) como para los síntomas depresivos ($-.25, p<.01$). Por su parte, la supresión mostró una asociación positiva y significativa con los síntomas de ansiedad ($.33, p<.01$) y de depresión ($.36, p<.01$), al igual que la rumiación, tanto para los síntomas de ansiedad (*Pondering*: $.16, p<.01$; *Brooding*: $.37, p<.01$) como para los síntomas de depresión (*Pondering*: $.24, p<.01$; *Brooding*: $.51, p<.01$). Los datos mostrados en este trabajo también señalaron la existencia de un factor cognitivo de regulación emocional común compuesto por las estrategias de rumiación, supresión y reevaluación, con una asociación significativa con los tres tipos de trastornos.

En un estudio de Aldao y Nolen-Hoeksema (2012), las autoras examinaron la interacción entre estrategias de regulación adaptativas (reformulación positiva y aceptación) y desadaptativas (rumiación, supresión, distanciamiento y negación) en la predicción de síntomas de ansiedad, depresión y problemas con el alcohol de forma concurrente y prospectiva. Los participantes del estudio completaron dos entrevistas en las que eran entrevistados personalmente. En la primera de ellas (Time 1) el total de participantes fue de 1.317, con una media de edad de 47 años. La segunda entrevista fue completada un año después (Time 2), por 1.132 de los participantes originales. Las medidas utilizadas para evaluar los síntomas depresivos fueron el Inventario de Depresión de Beck (BDI-SF; Beck y Beck, 1972) y el módulo de depresión mayor de la Entrevista Clínica Estructurada del DSM-IV (SCID; First, Spitzer, Gibbon y Williams, 1997). Para medir la ansiedad se utilizó el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI; Beck y Steer, 1990), y los problemas con el alcohol fueron evaluados mediante el módulo perteneciente de la SCID (First et al., 1997). También se utilizaron la Escala de Respuesta Rumiativa (RRS; Treynor et al., 2003) y las subescalas de aceptación, reformulación positiva, distanciamiento y negación del COPE (Carver et al., 1989). Para estudiar la relación entre estrategias adaptativas y desadaptativas, se crearon dos índices compuestos que reflejaban el uso de cada tipo de estrategias; por un lado, un índice de estrategias adaptativas compuesto por la media de las estrategias de aceptación y reformulación positiva, y otro de estrategias desadaptativas compuesto por las medias de las estrategias de distanciamiento, negación, rumiación y supresión. Los resultados de los análisis transversales mostraron que sólo las estrategias desadaptativas contribuyeron de forma significativa a la predicción de psicopatología ($t=20.81$, $p<.01$). En cuanto a la interacción entre ambos tipos de estrategias, los resultados mostraron que las estrategias desadaptativas ejercían de moderador de la relación entre las estrategias adaptativas y los síntomas psicopatológicos. En este sentido, las estrategias adaptativas mostraron una asociación negativa con síntomas psicopatológicos sólo cuando el uso de estrategias desadaptativas era elevado ($t=-3.08$, $p<.01$).

En cuanto a los análisis prospectivos, los resultados mostraron, igualmente, que sólo el uso de estrategias desadaptativas en el Tiempo 1 correlacionaba con la psicopatología en Tiempo 2 ($r=.41$, $p<.01$), y predecía de forma significativa la aparición de síntomas ($t=3.97$, $p<.01$). A diferencia de los resultados transversales, la interacción entre estrategias adaptativas y desadaptativas en el tiempo 1 no fue un predictor significativo de psicopatología.

En un estudio de Dixon-Gordon, Aldao y De los Reyes (2014), los autores examinaron la relación entre distintos repertorios de estrategias de regulación emocional (aceptación, reevaluación, solución de problemas, evitación experiencial, supresión, autocrítica y rumiación/preocupación) y síntomas de depresión, ansiedad, problemas alimentarios y personalidad límite, así como el papel del contexto. La muestra del estudio estaba compuesta por 531 estudiantes universitarios con una edad media de 19,28 años. El procedimiento consistió, en primer lugar, en pedirles que recordaran seis situaciones en las que habían experimentado un nivel moderado o elevado de ansiedad, tristeza e ira. Para cada combinación de tipo de emoción e intensidad, se les pidió que describieran los estresores sociales (por ejemplo, discutir con un familiar) o los estresores relacionados con el logro (por ejemplo, suspender una clase). Finalmente, se les pidió que evaluaran el uso de cada estrategia en cada uno de los seis escenarios propuestos, mediante una escala de 4 puntos, en la que el 0 significaba “nunca” y el 3 “mucho”. Para evaluar la existencia de síntomas psicopatológicos se utilizaron las subescalas de *Anxious Arousal* (AA) y *Anhedonic Depression* (AD) del Cuestionario de Síntomas del Estado de Ánimo y de Ansiedad (MASQ-SF; Watson y Clark, 1991), el *Brief Fear of Negative Evaluation* (BFNE; Leary, 1983), el Instrumento de Screening para el trastorno de personalidad límite de McLean (MSI-BPD; Zanarini et al., 2003) y el *Eating Disorders Attitude Test* (EAT-26; Garner, Olmsted, Bohr y Garfinkle, 1982).

El estudio aportó evidencia de cinco clases de repertorios de estrategias de regulación emocional: reguladores bajos (poco uso de todas las estrategias), reguladores altos (uso elevado de todas las estrategias), reguladores adaptativos (uso relativamente alto de estrategias adaptativas), preocupados/rumiadores (uso excesivo del worry y la rumiación) y evitadores (uso excesivo de la supresión y la evitación). Los resultados mostraron que las clases caracterizadas por un uso relativamente mayor de estrategias adaptativas o un menor uso de todas las estrategias se asocian con menos síntomas psicopatológicos, mientras que aquellos caracterizados por la preocupación/rumiación o un uso elevado de todas las estrategias se asocian con mayor psicopatología.

En cuanto a la relación entre las clases de repertorios y síntomas específicos, los resultados mostraron que los reguladores adaptativos presentaban menos síntomas depresivos que los otros grupos ($ps \leq .03$). Por otro lado, tanto los reguladores adaptativos como los bajos reguladores mostraron menos síntomas de ansiedad, así como menor miedo a la evaluación negativa que los rumiadores/preocupados y los altos reguladores ($ps \leq .003$).

En el estudio también se examinaron los diferentes repertorios de estrategias de regulación que se ponen en marcha en diferentes contextos estresantes. Así, en respuesta a estresores relacionados con el logro, los resultados mostraron que los reguladores adaptativos informaron de una menor psicopatología que los altos reguladores ($p=.02$). Los reguladores adaptativos y bajos reguladores informaron, asimismo, de un menor número de síntomas psicopatológicos que los reguladores desadaptativos ($ps<.001$). Específicamente, éstos últimos informaron de más síntomas depresivos que otros grupos. Los bajos reguladores y los reguladores adaptativos informaron de menor ansiedad y miedo a la evaluación negativa que los altos reguladores ($ps<.02$) y menor miedo a evaluación negativa que los desadaptativos ($ps<.03$). Por otro lado, en un contexto de estrés social, los reguladores evitativos informaron de menores síntomas psicopatológicos que todos los demás grupos ($ps<.002$). En concreto, informaron de menos síntomas depresivos que otras clases ($ps<.02$), así como menor ansiedad y miedo a la evaluación negativa que los altos reguladores, reguladores adaptativos, autocríticos y aceptadores ($ps\leq.03$).

En un artículo de Aldao y Dixon-Gordon (2014), las autoras examinaron la relación entre estrategias de regulación emocional abiertas y encubiertas y síntomas de distintas psicopatologías, entre ellas ansiedad y depresión, en una muestra de 218 estudiantes con una edad media de 18,67 años. Para evaluar el uso de estrategias de regulación, se les pidió a los participantes que calificaran el uso habitual de las estrategias para regular sus emociones a través de una escala de 4 puntos, en la que el 0 significaba “nunca” y el 3 “mucho”. Para evaluar los síntomas de las distintas psicopatologías se utilizaron las subescalas de *Anxious Arousal* (AA) y *Anhedonic Depression* (AD) del Cuestionario de Síntomas del Estado de Ánimo y de Ansiedad (MASQ-SF; Watson y Clark, 1991), el *Brief Fear of Negative Evaluation* (BFNE; Leary, 1983), la *Social Interaction Anxiety Scale* (SIAS; Mattick y Clarke, 1998), el Instrumento de Screening para el trastorno de personalidad límite de McLean (MSI-BPD; Zanarini et al., 2003), la Escala de atracones (*The Binge Eating Scale*; BES; Gormally, Black, Daston y Rardin, 1982), el *Eating Disorders Attitude Test* (EAT-26; Garner et al., 1982) y el Test de Screening de Alcohol de Michigan (SMAST; Selzer, Vinokur y van Rooijen, 1975).

En relación con los síntomas depresivos, los resultados mostraron que las estrategias encubiertas de autocrítica, evitación de pensamiento y supresión se relacionaban de forma positiva con los síntomas depresivos ($t=3.93$, $p<.01$; $t=2.08$, $p<.05$; $t=2.02$, $p<.05$), mientras que la solución de problemas y la aceptación estaban relacionadas de forma

negativa ($t=-4.29$, $p<.01$; $t=-2.11$, $p<.01$). Las estrategias abiertas que implicaban búsqueda de consejo y comer, también estaban relacionadas de forma negativa y positiva, respectivamente ($t=-2.61$, $p<.05$; $t=2.06$, $p<.05$). Los resultados mostraron, asimismo, que al controlar otros síntomas, sólo las estrategias encubiertas de autocrítica, solución de problemas y supresión eran predictores significativos de los síntomas depresivos ($t=2.46$, $p<.05$; $t=-5.78$, $p<.01$; $t=2.12$, $p<.05$). En cuanto a las estrategias de regulación abiertas, sólo fueron predictores significativos la búsqueda de consejo y la discusión con otros ($t=-2.80$, $p<.01$; $t=-2.61$, $p<.05$).

Por lo que respecta a la ansiedad (arousal), las estrategias de preocupación/rumiación y autocrítica mostraron una relación positiva ($t=2.68$, $p<.01$; $t=2.35$, $p<.05$), así como la estrategia de discusión con otros ($t=4.66$, $p<.01$). Esta última también apareció como un predictor significativo de síntomas de ansiedad ($t=3.97$, $p<.01$). En cuanto a los síntomas de ansiedad social, las estrategias de preocupación/rumiación, autocrítica, evitación de pensamiento y supresión mostraron una asociación positiva ($t=4.26$, $p<.01$; $t=3.63$, $p<.01$; $t=2.59$, $p<.05$; $t=2.21$, $p<.05$), mientras que la aceptación presentó una relación negativa ($t=-2.26$, $p<.05$). Al controlar otros síntomas, sólo las estrategias de preocupación/rumiación y supresión expresiva se mostraron significativas ($t=4.37$, $p<.01$; $t=2.70$, $p<.01$).

En un estudio de Plate, Aldao, Quintero y Mennin (2016), los autores examinaron cómo las estrategias de regulación emocional adaptativas y desadaptativas (reevaluación y no aceptación, respectivamente) interactuaban entre sí en la predicción de la salud mental y la calidad de vida. Concretamente, estudiaron esta interacción en una muestra de 205 participantes con una edad media de 29,44 años. Del total de participantes, 107 tenían diagnóstico de Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), presentando la mayoría de ellos un diagnóstico secundario de otro trastorno: distimia ($N=16$), trastorno depresivo mayor ($N=31$), trastorno de ansiedad social ($N=29$), trastorno de pánico ($N=9$), trastorno obsesivo compulsivo ($N=4$), trastorno de estrés postraumático ($N=3$) y fobia específica ($N=27$). Las medidas de regulación emocional utilizadas en el estudio fueron la subescala de reevaluación cognitiva del Cuestionario de Regulación Emocional (ERQ; Gross y John, 2003) y la subescala de no aceptación de la Escala de Dificultades de Regulación Emocional (DERS; Gratz y Roemer, 2004). En cuanto a las medidas de funcionamiento psicológico, se utilizaron la Escala de Discapacidad de Sheehan (SDS; Sheehan, 1983) y el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II; Beck, Steer y Brown, 1996).

En el grupo de participantes con diagnóstico de TAG, los resultados mostraron una asociación negativa entre el uso de la estrategia de reevaluación y la discapacidad sólo cuando el uso de la estrategia de no aceptación era medio o bajo. Por otro lado, en el grupo control, los resultados mostraron una asociación negativa entre la reevaluación y la discapacidad y los síntomas depresivos sólo cuando el uso de la estrategia de no aceptación era elevado.

En un estudio de Desrosiers, Vine, Klemanski y Nolen-Hoeksema (2013), los autores examinaron el papel de cuatro estrategias cognitivas de regulación emocional (rumiación, worry, reevaluación y no aceptación) en la relación entre el mindfulness y los síntomas de ansiedad y depresión en una muestra de 187 participantes adultos con una edad media de 38 años. El 96% de la muestra cumplía criterios para al menos un trastorno del Eje I, siendo los trastornos más prevalentes el trastorno de ansiedad generalizada (TAG; 42,9%), el trastorno depresivo mayor (TDM; 20,1%) y la fobia social (12,2%). Las medidas utilizadas en el estudio fueron las subescalas de *Anxious Arousal* (AA) y *Anhedonic Depression* (AD) del Cuestionario de Síntomas del Estado de Ánimo y de Ansiedad (MASQ-SF; Watson y Clark, 1991), el Cuestionario de Preocupación de Penn State (PSWQ; Meyer, Miller, Metzger y Borkovec, 1990), la subescala *Brooding* de la Escala de Respuesta Rumiativa (RRS; Treynor et al., 2003), la subescala de no aceptación de la Escala de Dificultades de Regulación Emocional (DERS; Gratz y Roemer, 2004), la subescala de reevaluación cognitiva del Cuestionario de Regulación Emocional (ERQ; Gross y John, 2003) y el Cuestionario de las Cinco Facetas del Mindfulness (FFMQ; Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer y Toney, 2006).

Los resultados de los análisis simples mostraron que la rumiación y la reevaluación mediaban de forma significativa la asociación entre el mindfulness y los síntomas depresivos ($-.077$; $P < .05$ y $-.090$; $P < .05$), mientras que la rumiación y el worry mediaban de forma significativa la asociación entre mindfulness y síntomas de ansiedad ($-.067$; $P < .05$; $-.049$; $P < .05$). Los resultados de los análisis múltiples mostraron igualmente que, tanto la rumiación como la reevaluación mediaban de forma significativa la asociación entre el mindfulness y los síntomas depresivos ($-.067$; $P < .05$ y $-.092$; $P < .05$), mientras que únicamente el worry mediaba de forma significativa la relación entre el mindfulness y los síntomas de ansiedad. Estos resultados indican que la rumiación puede ser un mecanismo mediador común a los síntomas de ansiedad y depresión, operando de forma transdiagnóstica, mientras que la reevaluación puede operar de forma específica con los síntomas de depresión y la preocupación o worry con los síntomas de ansiedad.

Efectos de las estrategias de regulación emocional sobre los síntomas de ansiedad y depresión

En un estudio de Campbell-Sills et al. (2006), los autores examinaron los efectos de la supresión y la aceptación en una muestra de individuos con ansiedad y depresión expuestos a una situación de inducción de estado de ánimo negativo. En el estudio participaron 60 adultos con una edad media de 35,33 años, debiendo tener un diagnóstico de trastorno de ansiedad o del estado de ánimo. Los diagnósticos más frecuentes fueron: fobia social (n=34; 56,7%), trastorno depresivo mayor (n=20; 33,3%), trastorno de ansiedad generalizada (n=19; 31,7%), trastorno de pánico con o sin agorafobia (n=17; 28,3%), fobia específica (n=10; 16,7%), trastorno obsesivo compulsivo (n=10; 16,7%) y trastorno distímico (n=8; 13,3%). Las medidas utilizadas fueron la Entrevista Semiestructurada para los trastornos de ansiedad del DSM-IV (ADIS-IV; Di Nardo, Brown y Barlow, 1994) y la subescala de afecto negativo de la Escala de Afecto Positivo y Negativo (PANAS-State Version; Watson, Clark y Tellegen, 1988).

El procedimiento consistió en visionar un fragmento de película de inducción de estado de ánimo negativo. A los participantes se les asignó de forma aleatoria al grupo de supresión o de aceptación y recibieron instrucciones en este sentido. Los participantes del grupo de "supresión" escucharon una cinta de audio de 5 minutos en la que se les pedía que controlaran sus reacciones emocionales tanto como fuera posible durante la película. A los participantes asignados a la condición de "aceptación" se les pidió que experimentaran sus emociones de la forma más completa posible, sin hacer esfuerzos por controlar. Antes de comenzar con el visionado de la película, permanecieron sentados durante un periodo de anticipación de dos minutos y luego completaron el PANAS. Tras el visionado del fragmento, completaron preguntas sobre sus reacciones a la misma (PANAS, índice de supresión). Por último, permanecieron sentados durante un periodo de recuperación de 2 minutos, tras el cual volvieron a completar el PANAS. Además, antes, durante y después del visionado de la película, a los participantes se les midió el nivel de distrés subjetivo, la frecuencia cardíaca, el nivel de conductancia de la piel y la arritmia sinusal respiratoria.

Los resultados mostraron que ambos grupos (supresión y aceptación) presentaron un aumento similar del afecto negativo en respuesta a la película (media aceptación=9.43; media supresión=8.30). Sin embargo, en cuanto a la persistencia de éste tras la inducción del estado de ánimo (fase de recuperación), el grupo de supresión mostró una peor

recuperación de los cambios producidos después de ver la película en comparación con el grupo de aceptación (media aceptación=2.87; media supresión=5.33).

En otro estudio más reciente de Liverant, Brown, Barlow y Roemer (2008), los autores utilizaron el mismo diseño en una muestra de pacientes deprimidos y examinaron, igualmente, los efectos de las estrategias de supresión y aceptación sobre el afecto negativo. El estudio contó con una muestra de 60 participantes adultos con una media de 34,6 años y diagnóstico de trastorno depresivo mayor o distimia. El 83% de la muestra presentaba, al menos, un trastorno comórbido de ansiedad. Los instrumentos de evaluación utilizados en el estudio fueron la Escala de Afecto Positivo y Negativo (PANAS-State Version; Watson et al., 1988), una escala ad-hoc para medir el estado de ánimo actual (*Emotion Rating Measure*, ERM) y una escala de regulación emocional (ERS) creada igualmente ad-hoc, con una subescala de supresión (ERS-S) y una subescala de aceptación (ERS-A).

El experimento constaba de dos condiciones experimentales. En ambas condiciones los participantes debían visionar un fragmento de una película de inducción de estado de ánimo negativo. En la condición 1, los participantes no recibían instrucciones sobre qué estrategias de regulación emocional utilizar, mientras que en la condición 2, se les daba instrucciones sobre si utilizar aceptación o supresión. En ambas condiciones se presentó un periodo de línea base (5 minutos), de anticipación (2 minutos), de exposición (3 minutos) y de recuperación (3 minutos), al final de los cuales se procedía a una medida de la experiencia emocional subjetiva. En el caso del periodo de exposición a la película, también se midió el uso de estrategias de regulación emocional.

Los resultados mostraron que en la condición en la que los sujetos no recibían instrucciones concretas sobre qué estrategia de regulación emocional utilizar, la aceptación correlacionaba de forma negativa y significativa con el afecto negativo durante la exposición ($-.34, p<.01$) y la recuperación ($-.37, p<.01$), mientras que la supresión correlacionaba de forma positiva y significativa con el afecto negativo durante la exposición ($.30, p<.01$). En la condición en la que los sujetos recibían instrucciones concretas sobre qué estrategia de regulación emocional utilizar (aceptación o supresión), los resultados mostraron que el grupo de supresión experimentó un menor aumento de la tristeza en el periodo de anticipación en comparación con el grupo de aceptación. Durante la exposición, el grupo de aceptación experimentó más tristeza en respuesta a la película, pero estos niveles disminuyeron más rápido en el periodo de recuperación, terminando en niveles similares al grupo de supresión.

Por otro lado, en este trabajo también se examinó el efecto de la ansiedad sobre la experiencia del estado de ánimo negativo. Los resultados mostraron que la supresión sí que se mostró como una estrategia efectiva para reducir el estado de ánimo negativo cuando el nivel de ansiedad era bajo; sin embargo, en comparación con la aceptación, la supresión no se mostró efectiva para reducir esta experiencia a niveles moderados y altos de ansiedad.

En un estudio de Ehring, Tuschen-Caffier, Schnülle, Fischer y Gross (2010), los autores examinaron los efectos del uso de las estrategias de supresión y reevaluación en la vulnerabilidad a la depresión. Para ello seleccionaron un total de 73 participantes de los cuales 30 habían experimentado al menos un episodio depresivo a lo largo de su vida, mientras que 43 no habían experimentado ningún episodio depresivo anteriormente. Las medidas utilizadas en el estudio fueron el Inventario de Depresión de Beck (BDI - versión alemana; Hautzinger, Bailer, Worall y Keller, 1995), el Cuestionario de Regulación Emocional (Gross y John, 2003) y la subescala de no aceptación de la Escala de Dificultades de Regulación Emocional (DERS; Gratz y Roemer, 2004).

El estudio consistió en evaluar la supresión y la reevaluación a través de dos condiciones experimentales. En ambas condiciones los participantes eran expuestos al visionado de una película triste. En la condición 1 se evaluó el uso espontáneo, mientras que en la condición 2 se les daba previamente instrucciones sobre si utilizar la supresión o la reevaluación.

Los resultados en la condición de uso espontáneo de las estrategias mostraron que los participantes que habían pasado por al menos un episodio depresivo en el pasado, informaron de haber suprimido sus emociones significativamente más que los controles ($t=2.11, p<.05$). En la condición en la que los participantes recibían instrucciones acerca de qué estrategia utilizar, los resultados sobre los efectos de la supresión y la reevaluación en la reactividad emocional a la película de ambos grupos no mostraron diferencias.

En un estudio de Troy, Shallcross y Mauss (2013), sobre el papel de la reevaluación cognitiva en función del contexto, los autores examinaron los efectos de la reevaluación cognitiva ante situaciones de estrés controlable e incontrolable en una muestra de 173 participantes que habían experimentado al menos un evento estresante en los dos meses previos al inicio del estudio. Junto con esta muestra principal, los autores contaron con una muestra secundaria de 22 participantes con características sociodemográficas similares que no habían experimentado ningún evento estresante, con el objetivo de obtener una medida de estrés controlable para cada uno de los estresores experimentados

por los participantes de la muestra principal. Además de medir la severidad de los estresores recientes y la controlabilidad de los mismos, los autores también midieron la capacidad de reevaluación cognitiva y el nivel de depresión. Las medidas utilizadas en el estudio fueron la Encuesta de Experiencias Vitales (Sarason, Johnson y Siegel, 1978), el Inventario de Depresión de Beck (Beck y Steer, 1984) y una medida de la habilidad de reevaluación cognitiva (CRA) extraída de las calificaciones de auto-informe de tristeza en el periodo de línea base y visionado de la película, junto con la medida de la respuesta de conductancia de la piel en estos dos periodos.

La capacidad de reevaluación cognitiva se midió mediante el siguiente procedimiento: los participantes eran expuestos primero a un fragmento de una película neutral de 2 minutos para inducir un nivel basal de emoción neutral. A continuación, se les presentaban tres fragmentos de película triste de 2 minutos cada uno y se les asignaba de forma aleatoria la utilización de la reevaluación durante el segundo o tercer fragmento de película. Al finalizar el visionado calificaban el nivel de tristeza que habían experimentado mediante una escala Likert de 9 puntos. Las puntuaciones obtenidas de las calificaciones de tristeza de la película reevaluada y de las calificaciones de tristeza de la película triste de referencia, se interpretaron como una medida de la capacidad de reevaluación cognitiva. Al mismo tiempo, se obtuvieron mediciones de actividad de conductancia de la piel. Los participantes de la muestra secundaria proporcionaron calificaciones de capacidad de control del estrés para cada uno de los factores estresantes que los participantes de la muestra primaria habían experimentado.

Los resultados mostraron que en situaciones de estrés incontrolable, una mayor capacidad de reevaluación cognitiva se asoció con niveles más bajos de depresión y mayor bienestar ($t=-3.6, p<.01$). Por el contrario, en situaciones de estrés controlable, una mayor capacidad de reevaluación cognitiva se asociaba con mayores niveles de depresión ($t=2.6, p=.01$) mostrando, así, una diferencia en los efectos de la estrategia de regulación emocional en función del contexto en el cual era implementada.

En un artículo de Diedrich, Hofmann, Cuijpers y Berking (2016), los autores examinaron el efecto de las estrategias de aceptación y auto-compasión sobre la eficacia de la reevaluación cognitiva en una muestra de 54 participantes adultos con diagnóstico de trastorno depresivo mayor. Además de este diagnóstico, el 57'4% de los participantes presentaban otro trastorno: distimia (11'1%), un trastorno de ansiedad (40'7%), trastorno somatomorfo (5'6%), un trastorno alimentario (5'6%) y un trastorno de personalidad (11,1%). Las medidas utilizadas fueron la Entrevista Clínica Estructurada para los

Trastornos del Eje I y II del DSM-IV (SCID; versión en alemán: Wittchen, Zaudig y Fydrich, 1997), una escala analógica visual para evaluar el estado de ánimo antes, durante y después de la inducción del estado de ánimo y después de la regulación, y una escala likert de 5 puntos que evaluó las dificultades de implementación de cada una de las estrategias.

El procedimiento consistió en cuatro fases de inducción del estado de ánimo negativo y sus respectivas cuatro fases regulación emocional. Cada participante tuvo que calificar su estado de ánimo al inicio del estudio, así como antes y después de cada fase de inducción del estado de ánimo y regulación. Para inducir el estado de ánimo negativo se utilizó un fragmento de música que sonaba mientras leían en la pantalla del ordenador una secuencia de frases igualmente inductoras de un estado de ánimo negativo. Las instrucciones sobre qué estrategia de regulación emocional utilizar eran indicadas a través de un altavoz. Las instrucciones sobre el uso de la reevaluación cognitiva se basaron en el procedimiento de la terapia cognitiva de Beck para retar los pensamientos disfuncionales, mientras que las instrucciones para la aceptación y la autocompasión se extrajeron del entrenamiento en estas habilidades del *Affect Regulation Training* (Berking y Whitley, 2014).

Los resultados de los efectos preparatorios de la auto-compasión sobre la reevaluación, mostraron que el estado de ánimo deprimido disminuyó significativamente desde una puntuación media de 70.22 (pre) a 50.78 (post) en aquellos participantes que habían aplicado la auto-compasión antes de la reevaluación ($t(17)=3.66$, $p=0.002$), en comparación con aquellos que no habían aplicado ninguna estrategia ($t(17)=1.18$, $p=0.25$). En cambio, los resultados de los efectos preparatorios de la aceptación sobre la reevaluación mostraron que la aplicación de la aceptación no redujo de forma significativa el estado de ánimo deprimido. En concreto, aquellos participantes que aplicaron la aceptación antes de la reevaluación, el estado de ánimo deprimido disminuyó desde una puntuación media de 63.33 a 54.83, mientras que en aquellos que simplemente habían esperado antes de aplicar la reevaluación se observó una disminución de 67.22 a 63.11. En ambos casos las reducciones no fueron significativas (aceptación: $t(17)=1.97$, $p=0.07$; espera: $t(17)=1.18$, $p=0.25$). En la Tabla 1 se muestra un resumen de los estudios incluidos en el presente trabajo.

Tabla 1. Resumen de los estudios incluidos en el presente trabajo.

Estudio	Tipo de estudio	Estrategias RE Incluidas	Síntomas estudiados	Tipo de muestra	Resultados
Aldao y Nolen-Hoeksema, 2010	Relación entre estrategias	Rumiación Supresión Reevaluación Solución de problemas	Depresión Ansiedad T.Alimentarios	No clínica N=252 Estudiantes	Estrategias desadaptativas (supresión y rumiación), en comparación con adaptativas (reevaluación y solución problemas) se asocian con mayor psicopatología.
Aldao y Nolen-Hoeksema, 2012	Relación entre estrategias	Reformulación positiva Aceptación Rumiación Supresión Distanciamiento Negación	Depresión Ansiedad Problemas alcohol	No clínica N=1317 (T1) N=1132 (T2)	Estrategias desadaptativas ejercen de moderador de la relación entre estrategias adaptativas y síntomas psicopatológicos (análisis transversales). Estrategias adaptativas tienen asociación negativa con síntomas sólo cuando uso elevado de estrategias desadaptativas.
Dixon-Gordon, Aldao y De los Reyes, 2014	Relación entre estrategias	Aceptación Reevaluación Solución de problemas Evitación experiencial Supresión Autocrítica Rumiación/preocupación	Depresión Ansiedad Probl.alimentarios Pers.Límite	No clínica N=531 Estudiantes	Cinco clases de repertorios de estrategias: reguladores bajos, altos, adaptativos, preocupados/rumiadores y evitadores. R. adapt. menor sintomatología depresiva R. adapt. y bajos reguladores menor sintomatología ansiosa frente a rumiadores y altos reguladores.
Aldao y Dixon-Gordon, 2014	Relación entre estrategias	Encubiertas Aceptación Reevaluación Solución de problemas Supresión	Depresión Ansiedad Pers. Límite P. Alimentarios Probl. Alcohol	No clínica N=218 Estudiantes	Relación positiva con síntomas depresivos: autocrítica, evitación pensamientos, supresión y comer.

		<p>Autocrítica Evitación pensamientos Preocupación/rumiación</p> <p><u>Manifiestas</u> Discutir con otros Evitar situaciones Beber alcohol Comer Hacer ejercicio Buscar consejo Ver televisión</p>			<p>Relación negativa con síntomas depresivos: S. Problemas, aceptación, búsqueda de consejo.</p> <p>Relación positiva con síntomas de ansiedad (arousal):preocupación/rumiación, autocrítica, discusión con otros.</p> <p>Rel. positiva con síntomas de ansiedad social: preocupación/rumiación, autocrítica, evitación de pensamientos, supresión).</p> <p>Rel. negativa con síntomas de ansiedad social: aceptación</p>
Plate et al., 2016	Relación entre estrategias	Reevaluación No aceptación	Ansiedad	Clínica (TAG) N=205	<p>TAG → Asociación negativa entre reevaluación-discapacidad cuando uso bajo de no aceptación.</p> <p>No TAG → Asociación negativa entre reevaluación-discapacidad y síntomas depresivos sólo cuando uso elevado de no aceptación.</p>
Desroisiers et al., 2013	Relación entre estrategias	Rumiación Worry Reevaluación No aceptación	Ansiedad Depresión	Clínica (TAG, TDM y FS) N=187	<p>Rumiación y reevaluación median de forma significativa la asociación mindfulness-síntomas depresivos.</p> <p>Rumiación y worry median de forma significativa la asociación mindfulness-síntomas de ansiedad.</p>
Campbell-Sills et al., 2006	Efectos de las estrategias	Supresión Aceptación	Ansiedad Depresión	Clínica (T. Ans. y TD) N=60	Diferencias entre estrategias en la fase de recuperación. Supresión peor recuperación (mayor persistencia EA negativo)

Liverant et al., 2008	Efectos de las estrategias	Supresión Aceptación	Depresión	Clínica (TDM o distimia) N=60	Anticipación: supresión menor aumento tristeza Exposición: aceptación mayor tristeza Recuperación: nivel tristeza disminuye más rápido con aceptación Efecto ansiedad sobre EA negativo: Ansiedad baja → supresión efectiva para reducir EA negativo. Ansiedad elevada → supresión no efectiva para reducir EA negativo.
Ehring et al., 2008	Efectos de las estrategias	Supresión Reevaluación	Depresión (vulnerabilidad)	Clínica N=73	Episodio depresivo previo (EDP): uso más frecuente de estrategias disfuncionales EDP y G.Control: igual efectivos en el uso de reevaluación
Troy et al., 2013	Efectos de las estrategias	Reevaluación cognitiva (RC)	Depresión Eventos estresantes	No clínica N=173	Diferencia en los efectos en función del contexto: Estrés incontrolable → una mayor capacidad de RC se asocia con niveles más bajos de depresión y mayor bienestar. Estrés controlable → una mayor capacidad de RC se asocia con mayores niveles de depresión.
Diedrich et al., 2016	Efectos de las estrategias	Aceptación Auto-compasión Reevaluación	Depresión	Clínica (TDM) N=54	El uso de la auto-compasión de forma previa a la implementación de la reevaluación, aumenta la eficacia esta última.

Discusión

En la presente revisión se ha examinado el papel de distintas estrategias de regulación emocional en los trastornos de depresión y ansiedad. Concretamente, los estudios revisados tratan sobre dos cuestiones: por un lado, trabajos que examinan la relación entre el uso habitual de estrategias de regulación y síntomas de depresión y ansiedad a través de medidas de autoinforme y, por otro, estudios centrados en los efectos de las estrategias sobre el estado de ánimo y los síntomas de ansiedad.

Los resultados de los estudios que examinan la relación entre las estrategias de regulación emocional y los síntomas depresivos muestran una asociación de las estrategias de regulación emocional desadaptativas con mayor psicopatología (Aldao y Nolen-Hoeksema, 2010; Aldao y Nolen-Hoeksema, 2012). Concretamente, estrategias como la supresión, la rumiación, la evitación y la autocrítica están relacionadas de forma positiva con los síntomas depresivos, mientras la solución de problemas, la reevaluación y la aceptación se relacionan de forma negativa (Aldao y Nolen-Hoeksema, 2010; Aldao y Nolen-Hoeksema, 2012; Aldao y Dixon-Gordon, 2014). Las estrategias de rumiación y supresión también se relacionan de forma positiva con los síntomas de ansiedad, mientras que la reevaluación y la solución de problemas muestran una asociación negativa (Aldao y Nolen-Hoeksema, 2010).

Un aspecto interesante sobre el papel de las estrategias de regulación emocional en la psicopatología es cómo interaccionan las estrategias adaptativas y desadaptativas en la predicción de síntomas psicopatológicos a lo largo del tiempo. Los resultados del estudio de Aldao y Nolen-Hoeksema (2012) muestran como, a nivel transversal, las estrategias desadaptativas ejercen un papel moderador de la relación entre las estrategias adaptativas y los síntomas psicopatológicos, existiendo una asociación negativa entre las estrategias adaptativas y los síntomas sólo cuando el uso de estrategias desadaptativas es elevado. Este dato apoya la denominada *hipótesis compensatoria*, que señala que las estrategias adaptativas muestran una asociación significativa con síntomas psicopatológicos en presencia de estrategias desadaptativas. Además, también puede estar indicando que la efectividad de las estrategias adaptativas puede depender de otras estrategias de regulación presentes en el repertorio del individuo (Aldao y Nolen-Hoeksema, 2012).

En línea con la investigación acerca de la interacción entre diferentes estrategias de regulación emocional, el estudio de Dixon-Gordon et al. (2014) sobre la utilización de amplios repertorios de estrategias y su papel en la presencia de diferentes trastornos, se

suma a los trabajos que se centran en interacciones de grupos de estrategias. Este aspecto es importante porque las estrategias de regulación emocional no suelen utilizarse por separado unas de otras, sino de forma simultánea (Aldao y Nolen-Hoeksema, 2013). Los datos que se desprenden de este estudio aportan evidencia sobre 5 clases de repertorios de estrategias de regulación emocional, siendo las clases caracterizadas por un uso relativamente mayor de estrategias adaptativas o un uso bajo de todas las estrategias, los que se asociaron con menos síntomas psicopatológicos, mientras que las clases caracterizadas por preocupación/rumiación o uso elevado de todas las estrategias se asociaron con mayor psicopatología. Un aspecto relevante tiene que ver con la efectividad de las estrategias de regulación emocional en función del contexto; los resultados de este estudio revelan diferencias en cuanto a la efectividad de las estrategias en respuesta a estresores relacionados con el logro o en respuesta a estresores sociales (Dixon-Gordon et al., 2014).

Otro aspecto importante tiene que ver con la ampliación del estudio de estrategias de regulación emocional a aquellas estrategias que se implementan de forma manifiesta; el estudio de Aldao y Dixon-Gordon (2014), subraya la importancia de estudiar estas estrategias junto con las estrategias de regulación emocional encubiertas con el objetivo de obtener una comprensión integral de los problemas afectivos que caracterizan la psicopatología.

La literatura examinada acerca del papel de las estrategias de regulación en el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) revisa la interacción entre la reevaluación y la no aceptación, dos estrategias que se consideran centrales tanto en la fenomenología como en el tratamiento de esta patología. Así, el estudio de Plate et al. (2016), señala que en el grupo con TAG, los datos muestran una asociación negativa entre la reevaluación y la discapacidad sólo cuando la estrategia de no aceptación se utilizaba a niveles bajos, mientras que en el grupo control existe una asociación negativa entre la reevaluación y los síntomas de discapacidad y depresión sólo cuando el uso de la estrategia de no aceptación era alto. Los datos referidos al grupo con TAG apoyan la denominada *hipótesis de interferencia*, que sugiere que el uso de estrategias de regulación desadaptativas puede interferir en la utilización y/o la efectividad de las estrategias adaptativas (Plate et al., 2016). Así, en aquellos individuos con TAG, la dificultades para aceptar la experiencia emocional, sobre todo las emociones negativas, puede estar relacionado con una menor adaptación a la reevaluación (Plate et al., 2016) y, como consecuencia, hacer que estos individuos no sean capaces de experimentar los beneficios

asociados con el uso de esta estrategia (ej. Webb et al., 2012). Como se ha señalado en algunos trabajos (ej. Plate et al., 2016), una posibilidad es que el uso frecuente de estrategias desadaptativas tenga un impacto negativo en funciones como la memoria y la atención, lo que podría conducir a dificultades en la implementación de estrategias de regulación emocional; o bien, que el uso habitual de estrategias desadaptativas produzca una reducción de los efectos beneficiosos de las estrategias adaptativas una vez que éstas se ponen en marcha. En cuanto a la interacción entre estrategias en el grupo control, los resultados proporcionan evidencia de la *hipótesis compensatoria*, lo que sugiere que el uso de estrategias adaptativas puede ser más beneficioso para aquellos individuos que también usan estrategias desadaptativas con frecuencia. En otras palabras, la utilización de estrategias adaptativas e incluso, a veces, de estrategias desadaptativas en situaciones apropiadas, podría reflejar una implementación flexible de estrategias de regulación en función de las demandas contextuales de una situación (Plate et al., 2016). Como señalan Bonanno y Burton (2013), en individuos no ansiosos, una regulación emocional efectiva puede estar determinada, no tanto por las estrategias específicas que se implementan, sino por poseer un amplio repertorio de estrategias de regulación emocional y seleccionar e implementar de manera flexible esas estrategias de acuerdo con las demandas de cada situación.

El estudio de Plate et al. (2016), también pone de manifiesto importantes implicaciones a nivel clínico. En este sentido, si las personas con TAG no consiguen beneficiarse del uso habitual de la reevaluación por sus dificultades para aceptar sus respuestas emocionales, podría resultar de utilidad ayudar a estas personas a mejorar el uso de la aceptación antes de comenzar a reevaluar estas experiencias. En este sentido, la terapia de regulación emocional de Mennin (2004) utiliza varias estrategias para fomentar la aceptación y la autoconciencia de las emociones antes de trabajar las capacidades de reestructuración cognitiva. Del mismo modo, la terapia de aceptación y compromiso (Hayes et al. 2009), o el protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales (Barlow et al. 2015) también se dirigen a la mejora de la aceptación de las experiencias internas para reducir la evitación del comportamiento. En general, estos resultados arrojan luz sobre la naturaleza interactiva de las estrategias de regulación de las emociones en el TAG. La no aceptación de las emociones puede ser un objetivo clave para la intervención temprana que puede resultar en una mayor conciencia emocional y tolerancia antes de que se pueda enseñar una reevaluación efectiva (Plate et al., 2016).

Otro conjunto de estudios revisados en el presente trabajo se centra en conocer los efectos que tienen diferentes estrategias de regulación emocional sobre los síntomas de ansiedad y depresión. Este aspecto es particularmente importante en los trastornos de ansiedad y depresión, ya que las personas experimentan de forma regular emociones negativas excesivas y persistentes. La literatura existente ha estudiado estos efectos utilizando paradigmas experimentales que implican el uso de estrategias de regulación emocional en muestras clínicas. En el trabajo de Campbell-Sills et al. (2006), los resultados muestran como la supresión y la aceptación no se diferencian en cuanto al efecto que producen como respuesta al periodo de exposición, puesto que ambas presentan un aumento similar del afecto negativo. Ambas estrategias muestran diferencias en el periodo de recuperación, manifestando el grupo de supresión una peor recuperación de los cambios en el afecto negativo en comparación con el grupo de aceptación. Este estudio pone de manifiesto que la supresión emocional dirigida a aliviar el malestar en personas con trastornos de ansiedad o trastornos depresivos no es tan efectiva como la aceptación, y apoya la línea de tratamientos que defienden intervenciones basadas en la aceptación o la atención plena, como la terapia cognitiva basada en el mindfulness para la depresión (Segal, Williams y Teasdale, 2002).

Otro aspecto interesante tiene que ver con el efecto de la ansiedad sobre la experiencia del estado de ánimo negativo. Los hallazgos que se desprenden del estudio de Liverant et al. (2008), contribuyen a aumentar el número de estudios que investigan los factores que pueden determinar la efectividad de los diferentes procesos reguladores de las emociones (ej. Feldner, Zvolensky, Eifert y Spira, 2003). Además, estos datos sugieren que puede ser beneficioso para aquellas personas que experimentan mayor ansiedad ante la sintomatología depresiva el uso de estrategias de regulación emocional basadas en la aceptación.

El estudio de Ehrling et al. (2010), añade evidencia a la literatura existente sobre el papel de las alteraciones en la regulación emocional en la vulnerabilidad a la depresión. Los datos del estudio apuntan que aquellas personas que han sufrido algún episodio depresivo en el pasado usan con más frecuencia estrategias disfuncionales de regulación emocional. Además, los resultados también mostraron que estas personas eran igual de efectivas que los controles en el uso de la reevaluación como estrategia de regulación emocional, a diferencia de otros hallazgos anteriores que han mostrado menores beneficios en el uso de la reevaluación (ej. Joormann, 2005). Como señalan Ehrling et al. (2010), este dato podría explicarse, entre otros aspectos, por el hecho de que los

problemas en el uso efectivo de la estrategia de reevaluación se limiten a personas con un episodio agudo de depresión y no en individuos que no se encuentran deprimidos actualmente, o que la vulnerabilidad a la depresión tenga más relación con una elección problemática de estrategias que con alteraciones en la efectividad de las mismas.

Un aspecto que cobra cada vez mayor importancia dentro del campo de estudio de los efectos de las estrategias de regulación emocional en la psicopatología de la depresión y la ansiedad es el papel del contexto. En este sentido, el trabajo de Troy et al. (2013) se suma a la literatura existente que sugiere que la regulación emocional es un factor fundamental para la salud mental, concretamente en momentos de elevado estrés (ej. Aldao et al., 2010; Gross y John, 2003). Así, este estudio señala que la reevaluación es una estrategia adaptativa cuando los factores estresantes son incontrolables, de forma que la persona sólo puede regularse a sí misma; en cambio, no es adaptativa cuando los factores estresantes pueden controlarse, ya que en este caso la persona puede cambiar la situación. Por lo tanto, lo que se desprende de este estudio es que el grado en que una estrategia es adaptativa o no depende del tipo de estrés y apoya la nueva visión de que los efectos de las estrategias de regulación emocional dependen del contexto en el que se utilizan.

El estudio de Diedrich et al. (2016), es el primer estudio que examina el efecto de dos moderadores, en este caso las estrategias de aceptación y auto-compasión, sobre la eficacia de la reevaluación cognitiva en una muestra clínica. Los hallazgos que se desprenden de este estudio son consistentes con la idea de que los factores contextuales, incluyendo el uso de estrategias de regulación emocional de forma previa a la implementación de otras estrategias, moderan la eficacia de las éstas.

Las principales limitaciones de los estudios revisados están relacionadas con el uso, en muchos de ellos, de medidas de auto-informe de los síntomas psicopatológicos y de la regulación emocional. Este dato ofrece una perspectiva limitada sobre el complejo proceso de regulación emocional. Así, por lo que se refiere a la evaluación de los síntomas psicopatológicos, sería importante replicar los hallazgos con medidas basadas en entrevistas clínicas estructuradas, mientras que en el caso de la regulación emocional sería conveniente utilizar diseños experimentales para evaluar los dominios subjetivo, fisiológico y conductual que permita desarrollar una comprensión integral de cómo las estrategias de regulación emocional interactúan entre sí y cómo estas interacciones se relacionan con la salud mental.

Otro aspecto que puede considerarse una limitación en relación con la evaluación de las estrategias de regulación emocional es que las escalas utilizadas para medir las estrategias desadaptativas se superponen en algunos contenidos con las escalas de psicopatología, lo cual podría explicar la asociación más fuerte de estas estrategias con la psicopatología (Aldao y Nolen-Hoeksema, 2012; Aldao y Dixon-Gordon, 2014). El tamaño y homogeneidad de las muestras de los estudios revisados también suponen una limitación a tener en cuenta. Algunas de ellas tienen un tamaño modesto (ej. Ehring et al., 2010) y están constituidas por estudiantes relativamente jóvenes (ej. Dixon-Gordon et al., 2014), aportando una varianza restringida en las medidas psicopatológicas. Sería interesante extender la investigación a muestras más grandes y diversas. La falta de grupo control también constituye una limitación importante (ej. Ehring et al., 2010).

Una limitación importante de los estudios que examinan los efectos de las estrategias de regulación emocional tiene que ver con que los participantes escuchen ciertas instrucciones, las comprendan y las apliquen lo mejor que puedan. Sin embargo, no es posible garantizar que todos los participantes sigan las instrucciones y apliquen las estrategias de manera correcta; por lo tanto, esto puede dar lugar a la aparición de sesgos (Campbell-Sills, 2006). Además, en cuanto al visionado de películas de inducción del estado de ánimo, no hay datos disponibles sobre la precisión con la que las medidas de regulación emocional reflejan el uso real de cada estrategia.

Una de las implicaciones clínicas más importantes que se desprenden de los estudios examinados en la presente revisión es la importancia de la implementación flexible de las estrategias de regulación emocional en lugar de un enfoque rígido dirigido a ampliar el uso de estrategias (Dixon-Gordon et al., 2014). Un ejemplo se desprende de los estudios que examinan la estrategia de reevaluación, una estrategia considerada adaptativa pero que también se ha visto como en combinación con un uso elevado de muchas otras estrategias de regulación emocional, puede no conferir las mismas ventajas.

Por otro lado, los trabajos revisados también aportan evidencia sobre importantes implicaciones transdiagnósticas. El uso de estrategias de regulación emocional se relaciona con un número importante de trastornos mentales y se ha implicado de forma directa en la psicopatología de la ansiedad, depresión, consumo de sustancias, trastornos alimentarios y trastorno límite de la personalidad (Sloan et al., 2017). Los estudios revisados aumentan la evidencia que señala que la regulación emocional constituye una dimensión subyacente común a muchos trastornos mentales.

Tomados en conjunto, los estudios revisados aportan datos que contribuyen a destacar la importancia de la aplicación flexible de las estrategias de regulación emocional. En este sentido, tanto para los trastornos depresivos como para los trastornos de ansiedad, es necesario aumentar la difusión de programas de intervención que incluyan componentes terapéuticos dedicados a la conciencia emocional y la aceptación, para poder contrarrestar el peso de estrategias desadaptativas como la supresión o la evitación. En esta línea ya existen, por ejemplo, programas de intervención centrados en estos componentes de conciencia emocional y aceptación como son la terapia cognitiva basada en la atención plena (Segal, Williams y Teasdale, 2002), dirigida a la prevención de recaídas en la depresión o la terapia focalizada en las emociones (Greenberg, 2004). Más recientemente, el protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales (Barlow et al., 2015), también incluye módulos de tratamiento dirigidos a la transformación y regulación de las experiencias emocionales. Concretamente, el programa incluye el entrenamiento en conciencia emocional, en flexibilidad cognitiva, en el aumento de la conciencia y la tolerancia a las sensaciones físicas y la reevaluación cognitiva.

En investigaciones futuras, será necesario llevar a cabo más estudios que permitan ampliar los conocimientos actuales sobre la interacción entre grupos amplios de estrategias de regulación, así como estudios que exploren de forma más detallada la selección, implementación e interacción de las estrategias y sus efectos en distintos contextos.

Referencias

- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., y Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical psychology review*, 30(2), 217-237.
- Aldao, A., y Dixon-Gordon, K. L. (2014). Broadening the scope of research on emotion regulation strategies and psychopathology. *Cognitive behaviour therapy*, 43(1), 22-33.
- Aldao, A., y Nolen-Hoeksema, S. (2010). Specificity of cognitive emotion regulation strategies: A transdiagnostic examination. *Behaviour research and therapy*, 48(10), 974-983.
- Aldao, A., y Nolen-Hoeksema, S. (2012). When are adaptive strategies most predictive of psychopathology?. *Journal of abnormal psychology*, 121(1), 276.
- Aldao, A., y Nolen-Hoeksema, S. (2013). One versus many: Capturing the use of multiple emotion regulation strategies in response to an emotion-eliciting stimulus. *Cognition & emotion*, 27(4), 753-760.
- Augustine, A. A., y Hemenover, S. H. (2009). On the relative effectiveness of affect regulation strategies: A meta-analysis. *Cognition and Emotion*, 23(6), 1181-1220.
- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., y Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13(1), 27-45.
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Allen, L. B., y Ehrenreich-May, J. (2016). *Protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales*. Alianza Editorial.
- Barrett, L. F., Mesquita, B., Ochsner, K. N., y Gross, J. J. (2007). The experience of emotion. *Annu. Rev. Psychol.*, 58, 373-403.
- Barrett, L. F., Ochsner, K. N., y Gross, J. J. (2007). On the automaticity of emotion. *Social psychology and the unconscious: The automaticity of higher mental processes*, 173, 217.
- Beck, A. T., Steer, R. A., y Brown, G. K. (1996). Beck depression inventory-II. *San Antonio*, 78(2), 490-498.
- Beck, A. T., y Beck, R. W. (1972). Screening depressed patients in family practice: A rapid technic. *Postgraduate medicine*, 52(6), 81-85.
- Beck, A. T., y Steer, R. A. (1984). Internal consistencies of the original and revised Beck Depression Inventory. *Journal of clinical psychology*, 40(6), 1365-1367.
- Beck, A. T., y Steer, R. A. (1990). Manual for the Beck anxiety inventory. *San Antonio, TX: Psychological Corporation*.
- Berking, M., Orth, U., Wupperman, P., Meier, L. L., y Caspar, F. (2008). Prospective effects of emotion-regulation skills on emotional adjustment. *Journal of Counseling Psychology*, 55(4), 485.
- Berking, M., y Whitley, B. (2014). Affect regulation training (ART). New York: Springer

- Bonanno, G. A., y Burton, C. L. (2013). Regulatory flexibility: An individual differences perspective on coping and emotion regulation. *Perspectives on Psychological Science*, 8(6), 591-612.
- Campbell-Sills, L., Barlow, D. H., Brown, T. A., y Hofmann, S. G. (2006). Effects of suppression and acceptance on emotional responses of individuals with anxiety and mood disorders. *Behaviour research and therapy*, 44(9), 1251-1263.
- Campbell-Sills, L., Barlow, D. H., Brown, T. A., y Hofmann, S. G. (2006). Effects of suppression and acceptance on emotional responses of individuals with anxiety and mood disorders. *Behaviour research and therapy*, 44(9), 1251-1263.
- Carpenter, R. W., y Trull, T. J. (2013). Components of emotion dysregulation in borderline personality disorder: A review. *Current psychiatry reports*, 15(1), 335.
- Carver, C. S., Scheier, M. F., y Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of personality and social psychology*, 56(2), 267.
- Desrosiers, A., Vine, V., Klemanski, D. H., y Nolen-Hoeksema, S. (2013). Mindfulness and emotion regulation in depression and anxiety: common and distinct mechanisms of action. *Depression and anxiety*, 30(7), 654-661.
- Diedrich, A., Hofmann, S. G., Cuijpers, P., y Berking, M. (2016). Self-compassion enhances the efficacy of explicit cognitive reappraisal as an emotion regulation strategy in individuals with major depressive disorder. *Behaviour research and therapy*, 82, 1-10.
- DiNardo, P. A., Barlow, D. H., y Brown, T. A. (1994). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Adult and Lifetime Version*. Psychological Corporation.
- Dixon-Gordon, K. L., Aldao, A., y De Los Reyes, A. (2015). Repertoires of emotion regulation: A person-centered approach to assessing emotion regulation strategies and links to psychopathology. *Cognition and Emotion*, 29(7), 1314-1325.
- Ehring, T., Tuschen-Caffier, B., Schnülle, J., Fischer, S., y Gross, J. J. (2010). Emotion regulation and vulnerability to depression: spontaneous versus instructed use of emotion suppression and reappraisal. *Emotion*, 10(4), 563.
- Ekman, P. (1992). Are there basic emotions? *Psychological Review*, 99(3), 550-553.
- Ekman, P., Friesen, W. V., O'sullivan, M., Chan, A., Diacoyanni-Tarlatzis, I., Heider, K., ... y Scherer, K. (1987). Universals and cultural differences in the judgments of facial expressions of emotion. *Journal of personality and social psychology*, 53(4), 712.
- Fairburn, C. G., y Beglin, S. J. (1994). Assessment of eating disorders: Interview or self-report questionnaire?. *International journal of eating disorders*, 16(4), 363-370.
- Feldner, M. T., Zvolensky, M. J., Eifert, G. H., y Spira, A. P. (2003). Emotional avoidance: An experimental test of individual differences and response suppression using biological challenge. *Behaviour research and therapy*, 41(4), 403-411.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., y Williams, J. B. W. (1997). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders-Non-patient edition (version 2.0)*. New York, NY: New York State Psychiatric Institute Biometrics Research Department.

- Garner, D. M., Olmsted, M. P., Bohr, Y., y Garfinkel, P. E. (1982). The eating attitudes test: psychometric features and clinical correlates. *Psychological medicine*, 12(4), 871-878.
- Gormally, J., Black, S., Daston, S., y Rardin, D. (1982). The assessment of binge eating severity among obese persons. *Addictive behaviors*, 7(1), 47-55.
- Gratz, K. L., y Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 26(1), 41-54.
- Greenberg, L. S. (2004). Emotion-focused therapy. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 11(1), 3-16.
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of general psychology*, 2(3), 271-299.
- Gross, J. J. (1999). Emotion regulation: Past, present, future. *Cognition & emotion*, 13(5), 551-573.
- Gross, J. J. (2001). Emotion regulation in adulthood: Timing is everything. *Current directions in psychological science*, 10(6), 214-219.
- Gross, J. J. (2015). Emotion Regulation: Conceptual and Empirical Foundations. En Gross, J. J. (Ed.). *Handbook of emotion regulation*, pp 3-20. New York: The Guilford Press.
- Gross, J. J., y Jazaieri, H. (2014). Emotion, emotion regulation, and psychopathology: An affective science perspective. *Clinical Psychological Science*, 2(4), 387-401.
- Gross, J. J., y John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of personality and social psychology*, 85(2), 348.
- Gross, J. J., y Muñoz, R. F. (1995). Emotion regulation and mental health. *Clinical psychology: Science and practice*, 2(2), 151-164.
- Haro, J., Palacín, C., Vilagut, G., Bernal, M., Luque, I., Codony, ... Martínez, M. (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Medicina clínica*, 126(12), 445-451.
- Hautzinger, M., Bailer, M., Worall, H., y Keller, F. (1995). BDI Beck-Depressions-Inventar Testhandbuch. [Manual of the Beck Depression Inventory-German version] Bern: Hans Huber.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., y Wilson, K. G. (2009). *Acceptance and commitment therapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- John, O. P., y Gross, J. J. (2004). Healthy and unhealthy emotion regulation: Personality processes, individual differences, and life span development. *Journal of personality*, 72(6), 1301-1334.
- Joormann, J. (2005). Inhibition, Rumination, and Mood Regulation in Depression. In R. W. Engle, G. Sedek, U. von Hecker, y D. N. McIntosh (Eds.), *Cognitive limitations in aging and psychopathology* (p. 275-312). Cambridge University Press

- Joormann, J., y Siemer, M. (2015) Emotion Regulation in Mood Disorders. En J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation*, pp 413-427. New York: The Guilford Press.
- Kashdan, T. B., Barrios, V., Forsyth, J. P., y Steger, M. F. (2006). Experiential avoidance as a generalized psychological vulnerability: Comparisons with coping and emotion regulation strategies. *Behaviour research and therapy*, 44(9), 1301-1320.
- Koole, S. L. (2009). The psychology of emotion regulation: An integrative review. *Cognition and emotion*, 23(1), 4-41.
- Lang, P. J. (1995). The emotion probe: studies of motivation and attention. *American psychologist*, 50(5), 372.
- Lang, P. J., y Bradley, M. M. (2010). Emotion and the motivational brain. *Biological psychology*, 84(3), 437-450.
- Larsen, R. J. (2000). Toward a science of mood regulation. *Psychological Inquiry*, 11(3), 129-141.
- Lazarus, R. S. (1991). Progress on a cognitive-motivational-relational theory of emotion. *American psychologist*, 46(8), 819.
- Leary, M. R. (1983). A brief version of the Fear of Negative Evaluation Scale. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 9(3), 371-375.
- Liverant, G. I., Brown, T. A., Barlow, D. H., y Roemer, L. (2008). Emotion regulation in unipolar depression: The effects of acceptance and suppression of subjective emotional experience on the intensity and duration of sadness and negative affect. *Behaviour research and therapy*, 46(11), 1201-1209.
- Liverant, G. I., Brown, T. A., Barlow, D. H., y Roemer, L. (2008). Emotion regulation in unipolar depression: The effects of acceptance and suppression of subjective emotional experience on the intensity and duration of sadness and negative affect. *Behaviour research and therapy*, 46(11), 1201-1209.
- Mattick, R. P., y Clarke, J. C. (1998). Development and validation of measures of social phobia scrutiny fear and social interaction anxiety. *Behaviour research and therapy*, 36(4), 455-470.
- Mennin, D. S. (2004). Emotion regulation therapy for generalized anxiety disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 11(1), 17-29.
- Mennin, D. S. (2004). Emotion regulation therapy for generalized anxiety disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 11(1), 17-29.
- Mennin, D. S., Holaway, R. M., Fresco, D. M., Moore, M. T., y Heimberg, R. G. (2007). Delineating components of emotion and its dysregulation in anxiety and mood psychopathology. *Behavior therapy*, 38(3), 284-302.
- Mennin, D., y Farach, F. (2007). Emotion and evolving treatments for adult psychopathology. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 14(4), 329-352.
- Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L., y Borkovec, T. D. (1990). Development and validation of the penn state worry questionnaire. *Behaviour research and therapy*, 28(6), 487-495.

- Naragon-Gainey, K., McMahon, T. P., y Chacko, T. P. (2017). The structure of common emotion regulation strategies: A meta-analytic examination. *Psychological Bulletin*, 143(4), 384.
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., y Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on psychological science*, 3(5), 400-424.
- Parkinson, B., y Totterdell, P. (1999). Classifying affect-regulation strategies. *Cognition & Emotion*, 13(3), 277-303.
- Plate, A. J., Aldao, A., Quintero, J. M., y Mennin, D. S. (2016). Interactions between reappraisal and emotional nonacceptance in psychopathology: Examining disability and depression symptoms in generalized anxiety disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 40(6), 733-746.
- Sarason, I. G., Johnson, J. H., y Siegel, J. M. (1978). Assessing the impact of life changes: development of the Life Experiences Survey. *Journal of consulting and clinical psychology*, 46(5), 932.
- Schäfer, J. Ö., Naumann, E., Holmes, E. A., Tuschen-Caffier, B., y Samson, A. C. (2017). Emotion regulation strategies in depressive and anxiety symptoms in youth: A meta-analytic review. *Journal of youth and adolescence*, 46(2), 261-276.
- Segal, Z., Williams, J. M., y Teasdale, J. D. (2002). Mindfulness-based cognitive therapy for depression. 2002. *New York Guilford*.
- Selzer, M. L., Vinokur, A., u van Rooijen, L. (1975). A self-administered short Michigan alcoholism screening test (SMAST). *Journal of studies on alcohol*, 36(1), 117-126.
- Sheehan, D. V. (1983). Sheehan disability scale. *Handbook of psychiatric measures*, 2, 100-2.
- Sloan, E., Hall, K., Moulding, R., Bryce, S., Mildred, H., y Staiger, P. K. (2017). Emotion regulation as a transdiagnostic treatment construct across anxiety, depression, substance, eating and borderline personality disorders: A systematic review. *Clinical psychology review*, 57, 141-163.
- Tamir, M. (2011). The maturing field of emotion regulation. *Emotion Review*, 3(1), 3-7.
- Thayer, R. E., Newman, J. R., y McClain, T. M. (1994). Self-regulation of mood: Strategies for changing a bad mood, raising energy, and reducing tension. *Journal of personality and social psychology*, 67(5), 910.
- Thiruchselvam, R., Hajcak, G., y Gross, J. J. (2012). Looking inward: Shifting attention within working memory representations alters emotional responses. *Psychological Science*, 23(12), 1461-1466.
- Treynor, W., Gonzalez, R., y Nolen-Hoeksema, S. (2003). Rumination reconsidered: A psychometric analysis. *Cognitive therapy and research*, 27(3), 247-259.
- Troy, A. S., Shallcross, A. J., y Mauss, I. B. (2013). A person-by-situation approach to emotion regulation: Cognitive reappraisal can either help or hurt, depending on the context. *Psychological science*, 24(12), 2505-2514.
- Watson, D., Clark, L. A., y Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *Journal of personality and social psychology*, 54(6), 1063.

- Watson, D., y Clark, L. A. (1991). Self-versus peer ratings of specific emotional traits: Evidence of convergent and discriminant validity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60(6), 927.
- Webb, T. L., Miles, E., y Sheeran, P. (2012). Dealing with feeling: a meta-analysis of the effectiveness of strategies derived from the process model of emotion regulation. *Psychological bulletin*, 138(4), 775.
- Wegner, D. M., y Zanakos, S. (1994). Chronic thought suppression. *Journal of personality*, 62(4), 615-640.
- Wittchen, H.-U., Zaudig, M., y Fydrich, T. (1997). Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV [Structured Clinical Interview for DSM-IV]. Gottingen, Germany: Hogrefe
- Zanarini, M. C., Vujanovic, A. A., Parachini, E. A., Boulanger, J. L., Frankenburg, F. R., y Hennen, J. (2003). A screening measure for BPD: The McLean screening instrument for borderline personality disorder (MSI-BPD). *Journal of personality disorders*, 17(6), 568-573.
- Zelazo, P. D., y Cunningham, W. A. (2007). Executive Function: Mechanisms Underlying Emotion Regulation. En J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation*, pp 135–158. New York: The Guilford Press.